

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
1. Rappel anatomo-physiologique.....	2
1.1 Utérus non gravide.....	2
1.2 Les modifications au cours de la grossesse.....	3
2. La rupture utérine.....	5
2.1 Définition.....	5
2.2 Historique.....	6
2.3 Prévalence.....	7
2.4 Etiopathogénie.....	7
2.5 Anatomie pathologique.....	9
2.6 Etude clinique.....	11
2.7 Pronostic.....	13
2.8 Traitement.....	14
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	
1. Objectifs de l'étude.....	17
2. Cadre d'étude.....	17
2.1 Présentation du cadre d'étude.....	17
2.2 Profil du personnel.....	19
2.3 Mission.....	19
3. Méthodologie.....	20
3.1 Méthodes.....	20
3.2 Matériels.....	21
4. Résultats.....	21
4.1 Aspects épidémiologiques.....	22

4.2 Aspects cliniques.....	30
4.3 Aspects anatomo-pathologiques.....	33
4.4 Modalités thérapeutiques et suites opératoires.....	35

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRE, DISCUSSION ET SUGGESTION

1. Commentaires et discussions.....	38
2. Suggestions.....	48

CONCLUSION GENERALE.....	53
--------------------------	----

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Pages
N° 1 : Fréquence des ruptures utérines par rapport au nombre total d'accouchement.....	22
N° 2 : Répartition mensuelle de la rupture utérine.....	23
N° 3 : Répartition des parturientes selon l'âge.....	24
N° 4 : Répartition des cas de ruptures utérines selon la parité.....	25
N° 5 : Répartition des parturientes selon la provenance.....	26
N° 6 : Les consultations prénatales.....	27
N° 7 : Répartition des parturientes selon la profession.....	28
N° 8 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission.....	29
N° 9 : Répartition des hémorragies du troisième trimestre.....	30
N° 10 : Répartition des ruptures utérines en fonction des circonstances étiologiques.....	
.....	31
N° 11 : Répartition des parturientes en fonction de la durée du travail.....	32
N° 12 : Répartition des parturientes selon le siège de la rupture.....	33
N° 13 : Fréquence de la rupture utérine en fonction de l'état de l'utérus.....	34
N° 14 : Répartition des cas de rupture utérine en fonction du type d'intervention et du pronostic maternel.....	35
N° 15 : Répartition des cas de rupture utérine en fonction du pronostic fœtal.....	
.....	36
N° 16 : Répartition des parturientes en fonction de la durée d'hospitalisation.....	
.....	37

LISTE DES FIGURES

Figures	Pages
N° 1 : Fréquence de la rupture utérine.....	22
N° 2 : Variation mensuelle de la rupture utérine.....	23
N° 3 : Répartition des cas de ruptures utérines par tranche d'âge.....	24
N° 4 : Répartition des ruptures utérines selon la parité.....	25
N° 5 : Répartition des parturientes selon la provenance.....	26
N° 6 : Répartition des parturientes selon la consultation prénatale.....	27
N° 7 : Répartition selon la profession.....	28
N° 8 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission.....	29
N° 9 : Répartition graphique des hémorragies du troisième trimestre.....	30
N° 10 : Circonstances étiologiques.....	31
N° 11 : Durée du travail.....	32
N° 12 : Répartition des parturientes selon le siège de la rupture.....	33
N° 13 : Fréquence de la rupture utérine en fonction de l'état de l'utérus.....	34
N° 14 : Type d'intervention et pronostic maternel.....	35
N° 15 : Pronostic foetal.....	36
N° 16 : Durée d'hospitalisation.....	37

LISTE DES ABREVIATIONS

CC	:	centimètre cube
IIG	:	intervalle inter générésique
VMI	:	version par manœuvre interne
IMG	:	interruption médicale de grossesse
VME	:	version par manœuvre externe
HTA	:	hypertension artérielle
ACGO	:	Université Américaine des Obstétriciens et Gynécologues
SOGC	:	Société des Obstétriciens et des Gynécologues du Canada
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CPN	:	Consultation prénatale
GPA	:	Gestité – Parité – Avortement
HRP	:	Hématome retro placentaire
PP	:	Placenta prævia
IEC	:	Information – Education – Communication
PF	:	Planning Familial
ONG	:	Organisme non gouvernemental

INTRODUCTION

A chaque minute de chaque jour, une femme meurt de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Et toutes les six secondes, un bébé naît avec un état tellement faible qu'il mourra avant l'âge d'un mois (1).

La rupture utérine est l'une des étiologies principales de cette forte mortalité maternelle avec un pronostic fœtal encore pire. C'est pour cette raison qu'elle est classée parmi les affections obstétricales les plus redoutables qui sévissent encore dans les pays africains (2), vu que sa prise en charge n'est pas aisée alors que ni les moyens thérapeutiques disponibles, ni la compétence des personnels de santé ne sont à la hauteur de la gravité de l'affection.

Madagascar n'échappe pas à cette réalité car malgré la politique de santé en vigueur, la rupture utérine se rencontre assez fréquemment dans nos services de maternité aussi bien ruraux qu'urbains comme celui de la Maternité de Befelatanana, cadre de notre étude. Elle atteint encore un taux avoisinant 0,25 % des accouchements durant les trois dernières années. Ceci est intolérable vu l'avancée technologique et technique de notre époque en matière de diagnostic et aussi et surtout thérapeutique.

À travers la présente étude, nous essaierons :

- de déterminer la fréquence de la rupture utérine dans la Maternité de Befelatanana.
- puis, de comprendre l'aspect épidémiologique et clinique de la rupture utérine.
- afin de proposer des mesures préventives et curatives en vue d'une réduction de sa prévalence et de ses désastreuses conséquences.

Outre cette brève introduction, notre étude comprend trois parties :

- dans un premier temps, ce sera une revue de la littérature.
- La deuxième partie sera consacrée à notre étude proprement dite.

- La troisième partie contiendra nos commentaires, discussions et suggestions.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

1. RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

1.1 UTERUS NON GRAVIDE

L'utérus est logé dans le petit bassin de la femme, entre la vessie en avant et le rectum en arrière (3). Il a la forme d'une poire aplatie dont la grosse extrémité est tournée en haut et en avant, avec une partie renflée, appelée le corps de l'utérus d'où partent les deux trompes utérines ou trompe de Fallope. Ce dernier se termine par un pavillon frangé pour accueillir l'ovule produit par l'ovaire, alors que la petite extrémité est dirigée en bas et en arrière. Cette dernière s'appelle le col de l'utérus.

L'utérus mesure environ 7cm de long et 3cm de large et sa paroi a une épaisseur d'environ 1cm. Celle-ci est composée de trois tuniques, qui sont de l'extérieur vers l'intérieur : une tunique séreuse qui ne revêt qu'une partie de l'utérus (le péritoine), une tunique musculaire formée de fibres lisses disposées en couches circulaires, longitudinales et entrecroisées (le myomètre), et une tunique muqueuse friable et adhérant à la tunique musculaire (l'endomètre).

Deux replis du péritoine, appelés ligaments larges, fixent l'utérus aux parois du bassin. Quatre autres dont deux ligaments antérieurs sont entre l'utérus et la vessie, et deux ligaments postérieurs entre l'utérus et le rectum. Enfin, deux faisceaux ronds de fibres conjonctives et musculaires partent des angles supérieurs de l'utérus, traversent le canal inguinal et vont se terminer dans le tissu cellulaire des parties voisines : ce sont les ligaments ronds. (4)

La muqueuse utérine subit des transformations cycliques variant de 21 à 45 jours selon les femmes. Ceci est dû à l'influence des hormones sexuelles pendant le cycle

menstruel en l'absence de grossesse. Et dans le cas contraire l'utérus est l'objet de nombreuses modifications pendant une période d'environ égale à 40 semaines commençant à la date de dernières règles.

1.2 LES MODIFICATIONS AU COURS DE LA GROSSESSE (5)

L'utérus gravide est un utérus contenant le conceptus. A terme, il est constitué de trois segments étagés :

- le corps utérin
- le segment inférieur
- le col

1.2.1 LE CORPS UTERIN

C'est l'organe de la gestation ; caractérisé par sa richesse musculaire. Le corps utérin présente de nombreuses modifications suivant l'âge de la grossesse, ainsi :

- En début de grossesse, il est pelvien.
- A la fin du 2ème mois, il déborde le bord supérieur du pubis
- A la fin du 3ème mois, il est à environ 8cm, soit 3 travers de doigt au-dessus du pubis, il devient nettement palpable.
- A partir de ce stade, il s'éloigne chaque mois du pubis de 4cm
- A 4 mois , il atteint l'ombilic.
- Et à terme, il est à 32 cm du pubis.
- Ainsi : dès le début de la grossesse, la paroi utérine s'hypertrophie et son épaisseur vers le 4ème mois est de l'ordre de 3 cm. Puis, elle s'amincit progressivement en raison de l'arrêt de l'augmentation de la masse musculaire, alors que la cavité utérine s'accroît.
- Au voisinage du terme, son épaisseur est d'environ 10 mm sur les faces latérales et de 4 mm au niveau du fundus.

- Enfin sa capacité peut atteindre 4 à 5 litres à terme alors qu'auparavant elle atteint à peine 2 à 3 cc.

A terme, le corps entre en rapport avec :

En avant

- La paroi abdominale antérieure : qui s'amincit et la ligne blanche s'élargit particulièrement dans la région ombilicale. Parfois, avec le grand omentum

En arrière

- La colonne rachidienne flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale. Le contact de l'utérus avec le rachis se fait jusqu'à la hauteur de la 3^{ème} vertèbre lombaire et répond à la partie inférieure du duodéno-pancréas et à quelques anses intestinales.

En haut

- Le grand omentum et le côlon transverse qui refoule :
 - en arrière : l'estomac ;
 - à droite : le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire ;
 - plus bas, sur les bords latéraux se trouvent reportés les trompes utérines, les ligaments ronds et propres de l'ovaire.

A droite

- Le côlon descendant, le cæcum et l'appendice vermiforme. Lorsque le cæcum est libre, il ascensionne avec l'appendice au-dessus de la crête iliaque. Les annexes droites, placées dans un plan postérieur, sont cachées par l'utérus.

A gauche

- Les anses grêles et le côlon sigmoïde qui recouvrent l'annexe gauche. Il n'est pas rare, en fin de grossesse, que les anses grêles et le colon sigmoïde tendent à déborder en avant.

Le ligament rond gauche est visible dans la totalité de son trajet.

1.2.2 LE SEGMENT INFÉRIEUR

Le segment inférieur acquiert une définition nette vers le 6^{ème} mois chez la primipare, alors que chez la multipare, son développement est plus tardif. C'est la partie basse amincie, de l'utérus gravide à terme, située entre le corps et le col utérin. C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse ; il disparaît avec elle. Sa minceur et sa faible vascularisation en font une région de choix pour l'hystérotomie des césariennes, mais aussi pour les ruptures utérines.

Sa limite inférieure correspond avant le travail à l'orifice interne du col. Sa limite supérieure moins nette correspond au changement d'épaisseur de la paroi utérine et siège à environ 2cm au-dessous de la zone d'adhérence intime du péritoine. Elle est parfois marquée par l'existence d'une grosse veine transversale : c'est la veine coronaire de l'utérus. Mais en général les veines du segment inférieur sont de petit calibre par rapport à ceux du corps utérin.

La vessie est le rapport essentiel du segment inférieur. En fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur. L'uretère est appliqué sur la face latérale du segment inférieur immédiatement au-dessus du formix vaginal.

1.2.3 LE COL UTERIN

Organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail. Pendant la grossesse, ses dimensions sont stables. Il est rose violacé avec, dans l'endocol, un bouchon muqueux dense.

Il se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse et devient mou comme la lèvre (Tarnier). Au cours des dernières semaines de grossesse le col devient très mou sur toute sa hauteur : on dit qu'il " mûrit ".

Pendant le travail, sous l'effet des contractions utérines, il va successivement s'effacer puis se dilater.

2. LA RUPTURE UTERINE

2.1 DEFINITION

Urgence obstétricale définie comme une solution de continuité non chirurgicale du muscle utérin , survenant pendant la grossesse ou au cours du travail. Elle peut être spontanée, c'est-à-dire survenue en dehors de toute intervention obstétricale (sur utérus sain ou sur utérus cicatriciel) ou provoquée par une manœuvre obstétricale.

Elle peut être :

- complète intra-péritonéale, c'est-à-dire que toutes les tuniques utérines sont atteintes avec ou non rupture des membranes,
- incomplète sous-péritonéale, c'est-à-dire que la séreuse n'est pas atteinte et/ou réduite à un amincissement extrême de la cicatrice avec persistance de la musculeuse (6).

Cette définition exclut les perforations post abortum , de même que les ruptures dues à un traumatisme externe (chute, accident de circulation...).

2.2 HISTORIQUE (7)(8)(9)(10)

La rupture utérine a été décrite pour la première fois à la fin du XV^{ème} siècle par Marcel DONATUS et Fabrice De HILDAN, en Florence (Italie).

Mais J. GUILLEMEAU a démontré depuis 1621, que « la rupture de la matrice » peut causer la mort des parturientes.

Puis BAUDELOCQUE a constaté que « l'enfant est passif à l'instant où la matrice se déchire. L'action violente quelquefois convulsive de la matrice sur le corps de l'enfant est presque toujours la seule cause de sa rupture ».

En 1823, Van SIEBOLD vient de créer les deux types anatomo-pathologiques de la rupture utérine en décrivant d'une façon détaillée ce que l'on entend par rupture utérine incomplète par rapport à une rupture utérine complète.

En 1825, OSIANDER a différencié la rupture utérine spontanée d'une rupture traumatique.

En 1851, MICHAELIS observe que c'est la disproportion entre la tête et le bassin, ainsi que la présentation transversale qui sont les principales causes de la rupture utérine.

Les autres causes n'ont été étudiées que vers la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} siècle.

2.3 PREVALENCE

La prévalence de la rupture utérine varie selon les pays et dépend de bon nombre de facteurs tel que l'infrastructure médicale, la qualification du personnel médicale, voire les conditions économiques et sociales... De ce fait il n'est pas étonnant d'avoir une prévalence inférieure à 0,5% dans les pays industrialisés comme en France avec un taux de 0,2% et encore mieux aux Etats-Unis d' Amérique avec un taux inférieur à 0,1% (6)(11)(12), alors que dans les pays en voie de développement le taux de prévalence avoisinerait 0,77% on peut y citer Mali avec un taux de 0,89% (13).

Chez nous à Madagascar vu le manque de données statistiques à l'échelon national sur la rupture utérine ; on n'a eu que des données partielles comme celles de la Maternité de Befelatanana qui est un des centres de santé de référence en matière de gynécologie-obstétrique. Le taux de prévalence de rupture utérine dans ce centre est de l'ordre de 0,25 % durant les trois dernières années.

2.4 ETIOPATHOGENIE

La rupture utérine se produit soit :

2.4.1 Par altération du muscle utérin

Cela se rencontre le plus souvent au cours de la grossesse :

- Chez les femmes multipares avec intervalle inter générésique (IIG) inférieur à deux ans car il y a une altération des muscles élastiques utérins due à des « micro ruptures musculaires » laissées par chaque grossesse(distension utérine) (14)(15).
- Chez les femmes ayant eu comme antécédent gynéco-obstétrique une opération césarienne ou une myomectomie ou encore un curetage répété ou trop appuyé.... Qui peuvent léser ou fragiliser la paroi utérine (16).
- Chez les parturientes présentant des insertions placentaires anormales en particulier le placenta accreta qui entraîne une altération de la paroi utérine.
- Et en fin il y a les facteurs rares comme : les lésions d'athéromatose sclérosante de la paroi utérine (DOLERIS) ; les modifications des tissus inter fasciculaires (DURSCHENER) ; et en fin la dégénérescence hyaline (DURSCHENER-THORN) (17).

2.4.2 Par disproportion fœto-maternelle

On a deux mécanismes différents mais qui se complètent :

Selon la théorie de BANDL

L'œuf distend l'utérus au terme de la grossesse et pendant le travail. Les contractions utérines lors du travail aboutiront à une élongation du segment inférieur ou « formation du segment inférieur », entraînent l'effacement et la dilatation du col.

Si pour une raison ou une autre (dystocie osseuse, macrosomie fœtale, ...), la progression ne se fait pas, la distension va accentuer de plus en plus l'allongement du segment inférieur et l'amincir en même temps, voire le démuscler et le fragiliser pour aboutir à une rupture.

Selon la théorie de BREYS

La paroi de l'utérus comprimée entre la présentation et le promontoire du détroit supérieur serait le siège d'escarre par usure perforante. DOMMIER introduit un autre facteur qui est «l'ischémie ». En effet, la compression de l'utérus entraîne une insuffisance circulatoire qui aboutirait à l'ischémie de la paroi utérine déterminant la fragilité de l'organe, d'où la rupture (18).

Ces deux mécanismes se voient surtout au cours du travail et dans les pays sous médicalisés :

- Chez les femmes présentant une dystocie dynamique et/ou mécanique on peut citer : anomalie de la contraction utérine et de la dilatation du col associée ou non à des anomalies du bassin y compris les bassins rétrécis ou une macrosomie fœtale ou malformation fœtale (hydrocéphalie...) (19)(23).

- Et en particulier si le travail se prolonge, c'est-à-dire plus de 15h, voire 24h (20).

2.4.2 Par mécanisme iatrogène

Cela se rencontre surtout lors du travail et est dû :

- Aux différentes manœuvres obstétricales comme la VMI avec erreur d'indication telles : membranes non rompues, dilatation incomplète...et/ ou erreur au niveau de la technique lors de l'application.

- A l'expression qui est hélas fréquemment utilisée dans les pays sous médicalisés comme la notre de façon inapproprié la plupart du temps (14)(15)(21).

- Aux instruments d'extraction du fœtus tels : forceps, vacuum, ventouse....

- Et enfin, à des abus d'ocytocine en perfusion et surtout en intramusculaire ou à d'autres substances à visées ocytociques (TAMBAVY) en décoction ou infusion des feuilles, des graines, des racines...

on peut citer :

- Vatolalaka (CAESALPINIA BUNDUCELLA) (écorce et graine)
- Ahibalala (HELLCHYGUN RUSILLONII HOOK) (feuille)
- Rotra (E.CYCLOPHYLLABAK) (feuilles)
- Nonoka (FICUS PYROFOLIABAC) (feuille)

Ces substances produisent en plus de leurs effets ocytociques anarchiques des complications graves d'origine toxique mettant en jeu rapidement le pronostic vital de la parturiente (22).

2.5 ANATOMIE PATHOLOGIQUE

2.5.1 UTERUS NON CICATRICIEL

La rupture utérine siège le plus souvent au niveau du segment inférieur. Son aspect est variable selon sa direction, son étendue, son étiologie.

- Si elle est primitive , la rupture est souvent complète c'est-à-dire intéressant les trois tuniques de la paroi utérine , latéralisée à gauche du fait de la dextro-torsion de l'utérus gravide et de la congestion du ligament gauche et de la veine rénale. Si les lésions ne sont pas verticales, elles sont plus ou moins étendues et deviennent obliques ou en « L ».
- Les bords sont irréguliers, effilochés, dilacérés. La plaie est contuse et on assiste fréquemment à une atteinte de l'artère utérine.
- Si elle est secondaire , à une rupture de la cicatrice d'opération césarienne corporéale ou segmentaire , la rupture est souvent incomplète c'est-à-dire que le péritoine est intact. Les lésions sont transversales et à bords nets.
- Il y a formation d'hématome sous péritonéal ou d'hématome inter vésico-utérin dans la plupart des cas.

- Si elle est compliquée : la rupture est vaste et peut s'étendre vers tous les viscères pelviens comme le dôme vaginal réalisant le colpopexis de HUMGERBERGER, ou de la paroi postérieure de la vessie et même les pédicules vasculaires latero-utérine qui est la plus grave...(17)(23)

2.5.2 UTERUS CICATRICIEL

Deux cas sont à envisager :

- La rupture complète : on observe une déchirure de toute l'épaisseur de la paroi utérine au niveau de la cicatrice avec séparation complète des deux berge et déchirure des membranes et localisation du fœtus dans l'abdomen. Elle se rencontre après une césarienne corporéale.
- La rupture incomplète ou déhiscence : la désunion intéresse toute ou une partie de la cicatrice. Le péritoine et les membranes ovariennes restent intacts. Le fœtus reste dans l'utérus. Elle se rencontre après une césarienne segmentaire (24).

2.6 ETUDE CLINIQUE

2.6.1 DIAGNOSTIC POSITIF

La forme typique se voit au cours du travail sur un utérus non cicatriciel. Elle évolue en deux phases :

- Phase de pré-rupture ou syndrome de BANDL-FROMMEL :

Elle est caractérisée par des signes de lutte utérine au cours d'un travail prolongé et qui s'explique par un mauvais relâchement utérin, suivi d'hypercinésie et d'hypertonie utérine sur un col mal dilaté et oedématé. Ces signes de lutte aboutissent à la formation de la triade de BANDL-FROMMEL :

- Déformation en sablier de l'utérus,
- Ascension de l'anneau de BANDL,

- Tension douloureuse du ligament rond.

Suivie de douleur abdominale intense et continue avec agitation et crise d'anxiété chez la parturiente.

A la palpation : on découvre un œdème et une douleur sus-pubienne, avec utérus hypertonique.

A l'auscultation : on entend difficilement le bruit du cœur foetal (7)(25).

- Phase de rupture utérine :

Elle est marquée par l'apparition de douleur abdominale brutale en coup de poignard. La douleur régresse rapidement, suivie de sensation d'écoulement chaud dans l'abdomen, puis un état de bien-être.

La palpation retrouve une hyperesthésie cutanée et un fœtus situé haut dans l'abdomen sous la peau à côté d'une petite masse ferme, rétractée représentant l'utérus. Une douleur sur un des bords de l'utérus peut être ressentie par la parturiente.

A l'auscultation, le bruit du cœur foetal est inaudible.

Au toucher vaginal, on constate la disparition de la présentation et une hémorragie faite de sang noir s'extériorisant de la vulve.

Survient ensuite un état de choc avec syncope (6)(7)(15)(17).

2.6.2 DIFFERENTES FORMES CLINIQUES (10)(20)

- Les ruptures utérines précoces avant 6 mois (rares). Ce sont des ruptures de cornes utérines après salpingectomie, des ruptures d'utérus malformés, ruptures isthmiques des IMG (interruption médicale de grossesse). Les signes cliniques de ruptures utérines apparaissent vers le deuxième trimestre et d'une façon atténuée, voire atypique.
- Les ruptures de cicatrice corporéale ou segmentaire ont une phase prodromique atténuée ou absente. Elles sont favorisées par des manœuvres telles la VME (version par manœuvre externe), ou la VMI.

- Les ruptures utérines à diagnostic retardé sont : les ruptures sous-péridurales, les ruptures découvertes à la révision utérine, les ruptures révélées par un choc ou une hémorragie, les ruptures découvertes en cours de césarienne. Les signes cliniques sont quasiment inexistantes.
- Les ruptures utérines compliquées, c'est-à-dire que les lésions s'étendent sur les organes de voisinage (surtout vessie et vagin) a une manifestation clinique plus orientée vers les organes atteintes et peuvent entraîner la mort rapidement.

2.6.3 DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS (10)(11)

Toutes causes d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse doivent être éliminées afin de poser le diagnostic de rupture utérine. On peut citer :

- L'hématome rétroplacentaire : caractérisé par un antécédent d'HTA, existence de protéinurie massive, un col dur ("calotte du segment inférieur coiffant la présentation comme une sébile de bois").
- Le placenta prævia : caractérisé par un utérus souple et indolore, saignement rouge, diagnostiqué à l'échographie.
- Syndrome de BENCKISER : c'est une rupture des membranes à un endroit où passe un vaisseau fœtal, gravissime pour le fœtus. Il se traduit par une hémorragie faite de sang rouge mélangé au liquide amniotique et une mort subite du fœtus.

2.7 PRONOSTIC (11)(26)(27)(28)

2.7.1 MATERNEL

Le pronostic maternel est marqué par une forte mortalité de l'ordre de 10 à 25 % dans les pays en voie de développement contre un taux avoisinant 0,1 % dans les pays médicalisés. Cela est dû à bon nombre de facteurs comme :

- Le lieu de l'accouchement : car il est évident que la prise en charge est meilleure dans les centres hospitaliers. Et dans les pays en voie de développement y compris le nôtre, beaucoup de femmes choisissent encore l'accouchement à domicile malgré les risques qu'elles courrent et qu'elles font courir aux fœtus dans ce genre de situation.

- La nature des lésions : en cas de déhiscence, le pronostic est favorable contrairement à une rupture franche qui est parsemée de complication, et grevée d'une lourde mortalité.

- Le délai de prise en charge : il est important car la rupture utérine a une potentielle assez rapide de mettre en jeu le pronostic vital de la parturiente. D'après de nombreuses études, un délai de prise en charge inférieure à 18 minutes est l'idéale pour avoir un pronostic materno-fœtal favorable, alors que l'université américaine des obstétriciens et des gynécologues (ACOG) et de la société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC) ont rédigé un protocole de prise en charge avec un délai de prise en charge inférieur à 30 minutes.

2.7.2 FŒTAL

Une lourde mortalité marque le pronostic fœtal, surtout si le fœtus fait irruption dans l'abdomen lors d'une rupture complète.

2.8 TRAITEMENT

2.8.1 TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

La prévention de la rupture utérine se fait dès le début de la grossesse par la consultation prénatale qui recherche toutes causes de dystocie mécanique en particulier

par le biais des données anamnestiques, cliniques et paracliniques ; afin de mieux surveiller les femmes à risques.

L'anamnèse insiste sur les antécédents gynéco-obstétriques tels : G P A, Issue de la grossesse antérieure, notion de césarienne ...

Et aussi sur les habitudes toxiques comme la prise de « TAMBAVY »...

L'examen clinique et paraclinique explorent avec minutie le bassin et le fœtus à la recherche d'anomalie pouvant entraver l'accouchement par voie basse (une disproportion foeto-pelvienne).

La dystocie dynamique ne peut se voir que lors du travail , il est donc important de faire une surveillance stricte des parturientes en début et au cours du travail à l'aide du partogramme ; afin de relever à temps l'existence de signes d'alerte de rupture utérine.

Et enfin le respect des indications des médicaments (ocytocine) et des techniques.

2.8.2 TRAITEMENT CURATIF (29)

Le seul traitement rationnel est la chirurgie avec l'opération césarienne associée à une bonne réanimation préopératoire, per et postopératoire. Cette réanimation consiste en premier lieu à corriger le choc hypovolémique en utilisant les solutés de grosses molécules ou encore mieux une transfusion sanguine iso-groupe, iso-rhésus en quantité proportionnelle à la spoliation sanguine, ceci afin d'avoir un état satisfaisant permettant de supporter l'opération césarienne et même permettant de s'en remettre.

L'opération césarienne proprement dite se fait en plusieurs étapes :

Ouverture de l'abdomen : classiquement on pratique une laparotomie médiane sous ombilicale. Cette incision est réputée d'être rapide et suffisante pour une extraction facile du fœtus. Mais parfois on pratique l'incision de Pfannenstiel pour plus d'esthétique. L'ouverture de l'abdomen se fait plan par plan de l'extérieur vers l'intérieur : la peau – aponévrose – muscle grand droit – péritoine abdominal.

Hystérotomie : après décollement et incision du péritoine vésico-utérin, on incise le segment inférieur transversalement. Cette incision doit être assez grande pour pouvoir dégager la tête et le corps de l'enfant sans déchirer l'utérus. Il est parfois

nécessaire de faire une incision en forme de croissant avec une convexité dirigée vers le bas lorsque le segment inférieur est épais et étroit.

Extraction du fœtus et du placenta : le mode d'extraction utérine du fœtus varie selon la présentation :

- elle est céphalique lorsque le fœtus a une présentation céphalique,
- elle est podalique lorsque le fœtus a une présentation de siège ou transversale.

La délivrance est toujours manuelle quelle que soit l'insertion du placenta.

Réparation des lésions utérines : elle dépend directement de la gravité des lésions (type, étendue...). Elle peut aller d'une simple suture en points séparés ou en surjet... jusqu'à l'hystérectomie subtotale (le col est laissé en place) ou totale (on enlève l'utérus avec le col). Dans la mesure du possible, les chirurgiens adoptent une attitude conservatrice vis-à-vis de l'utérus sauf dans les cas extrêmes tels que :

- une rupture utérine importante, contuse, irrégulière, multidirectionnelle , rendant toute suture aléatoire,
- une rupture datée de plus de six heures,
- une rupture utérine avec une lésion vasculaire importante,
- une rupture utérine associée ou compliquée de lésion de voisinage...

Réparation des lésions associées : s'il en a comme l'atteinte de la vessie, du ligament large, de l'artère utérine, du vagin , du col....

Suture de l'abdomen : après avoir assuré l'hémostase et vérifié l'intégrité des organes, on suture l'aponévrose en surjet le plus souvent avec un fil à résorption lente. Pour la suture du péritoine, les avis sont partagés ; certains auteurs disent qu'elle est nécessaire, d'autres non. On utilise le fil à peau pour le plan cutané.

NB : une ligature de la trompe peut être faite extemporanément avec l'opération césarienne si on a eu l'accord de la patiente en connaissance de cause.

DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE

1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

- Déterminer la fréquence de la rupture utérine dans la Maternité de Befelatanana,
- Définir les aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques de la rupture utérine,
- Proposer une stratégie de prévention en vue d'une réduction de la morbidité et de la mortalité par rupture utérine.

2. CADRE D'ETUDE

Notre travail a été effectué au CHU A de Gynécologie et d'Obstétrique de la Maternité de Befelatanana. Celle-ci étant ouverte en 1957 et a été conçue au début pour la ville de Tananarive. Cependant, elle reçoit aussi les évacuations sanitaires venant des Services de Santé de Districts Périphériques et même des autres provinces.

Sa vocation est nationale car elle sert de Centre de Référence. Et elle est classée parmi les plus grandes Maternités d'Afrique.

2.1 Présentation du cadre d'étude

C'est un service de Gynécologie et d'Obstétrique occupant un bâtiment de quatre étages en forme de « L », d'une capacité totale de 242 lits.

- Au rez-de-chaussée on trouve :
 - La section administrative y compris la Direction
 - Le service de CPPN ou consultation pré et post natale
 - Le service de Gynécologie externe
 - Le service de la Santé de la Reproduction
 - Le service du Triage
 - La Pharmacie
 - Le service de Statistique
 - Le secrétariat technique
 - La Buanderie
 - La Cession
 - La cafétéria
- Au premier étage, on trouve :
 - Le service Obstétrique I
 - Salles d'accouchement
 - Le bloc opératoire
- Au deuxième étage, on trouve :

- Le service Obstétrique II
 - Le service du personnel
 - Le service de néonatalogie
- Au troisième étage, on a :
 - Le service de Pathologie obstétricale
 - Le service de Réanimation
 - Au quatrième étage, on a :
 - Le service de Gynécologie Interne
 - Salles pour AMIU ou aspiration manuelle intra-utérine
 - Un deuxième bloc opératoire

2.2 Profil du personnel

Les catégories du personnel se présentent comme suit :

- Médecins au nombre de vingt dont :
 - Un spécialiste en Santé Publique,
 - Trois Gynécologues Obstétriciens,
 - Deux Pédiatres,
 - Sages femmes au nombre de quatre-vingt quatre dont deux Maîtresses et seize Majors de service
- 2 Aide anesthésistes au nombre de quatre
5. Personnels administratifs :
- Un Gestionnaire,
 - Un Chef Personnel,
 - Deux Secrétaires,
 - Deux Caissières,

- Deux Magasiniers ;
- 3 Agents d'appui au nombre de quarante-deux.

Au total, il y a 158 Agents qui assurent le bon fonctionnement de la Maternité de Befelatanana.

2.3 Mission

Etant un Centre Hospitalier Universitaire, la Maternité de Befelatanana a pour mission principale d'être un centre de :

- Référence de troisième niveau pour les problèmes gynécologiques, obstétriques et néonatalogies.
- Encadrement et Formation
- Recherche en sciences Humaines.

3. METHODOLOGIE

3.1 METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, réalisée au CHU A de Gynécologie et d'Obstétrique de la Maternité de Befelatanana. Elle s'est déroulée sur une période de douze mois, du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2002.

3.1.1 Critère d'inclusion :

Ont été retenues toutes les femmes présentant une rupture utérine.

3.1.2 Critères d'exclusion :

Ont été exclues toutes les femmes présentant :

Une plaie utérine après traumatisme externe,
Une perforation utérine post abortum,

Une déchirure limitée au col.

3.1.3 Variables d'étude

Plusieurs paramètres ont été pris en compte :

- Nom ; prénom ; âge ; adresse ; profession ; état matrimonial ;
- La gestité et la parité ;
- Les motifs d'entrée ;
- Le mode d'admission ;
- La provenance ;
- Le niveau socio-économique ;
- L'âge gestationnel ;
- Les antécédents gynéco-obstétricaux ;
- Les facteurs favorisants ;
- Les circonstances de découverte ;
- Les consultations pré natales ;
- Les contraceptions ;
- Le siège et l'extension de la lésion ;
- Le type d'intervention ;
- Le pronostic materno-fœtal ;
- Les caractéristiques fœtales ;
- La durée d'hospitalisation ;

3.2 MATERIELS

Ont été prises en compte pour la collecte des données :

- Les dossiers cliniques,
- Les registres des entrées et de décès,
- Les protocoles opératoires,
- Les protocoles d'accouchement.

4 RESULTATS

Ils sont présentés :

Sous forme de tableaux et de figures.

4.1 ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

4.1.1 Fréquence

Tableau n°1: Fréquence de la rupture utérine par rapport au nombre total d'accouchement

Nombre total d'accouchements	5890
Nombre total de ruptures utérines	16
Fréquence des ruptures utérines	0,27%

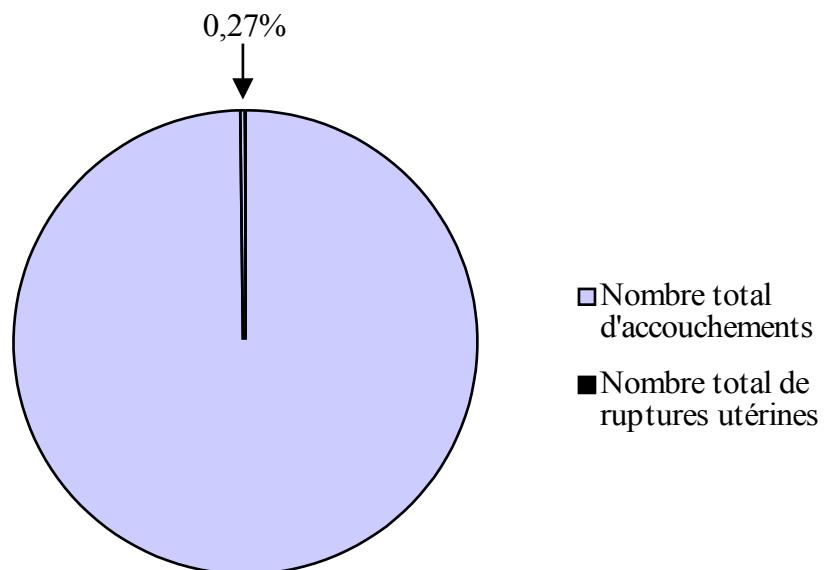


Figure 1: Fréquence de la rupture utérine

4.1.2 Répartition mensuelle

Tableau n°2: Répartition mensuelle de la rupture utérine

Mois	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Effectif	1	3	1	0	0	3	1	1	1	2	0	3	16
Taux	6,3	19	6,3	0	0	19	6,3	6,3	6,3	13	0	19	100

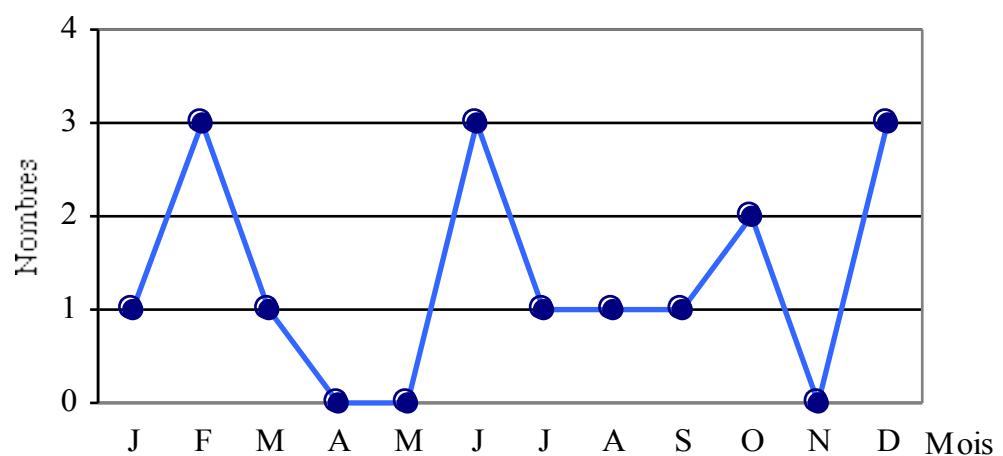


Figure 2: Variation mensuelle de la rupture utérine

4.1.3 Tranche d'âge

Tableau n° 3: Répartition des parturiente selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence %
15 - 20	1	6,25
21 - 25	6	37,5
26 - 30	4	25
31 - 35	3	18,75
36 - 40	1	6,25
41 et plus	1	6,25
Total	16	100

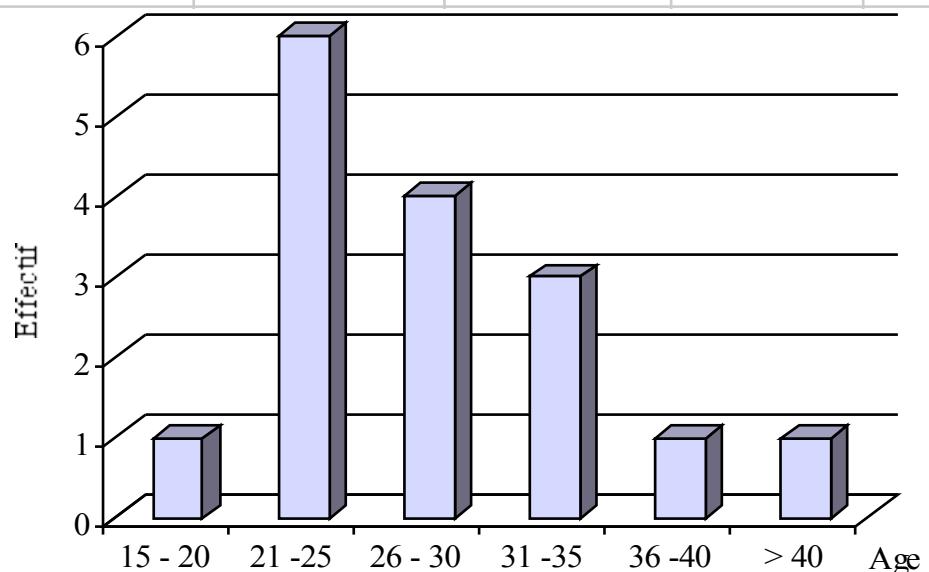


Figure 3: Répartition des cas de rupture utérine par tranche d'âge

4.1.4 Parité

Tableau n°4: Répartition des cas de rupture utérine selon la parité

Parités	Nombre de rupture utérine	Fréquence %
Primipares (parité: 1)	0	0
Paucipares (parité: 2 et 3)	5	31,25
Multipares (parité: 4 et 5)	8	50
Grandes multipares (6 et plus)	3	18,75
Total	16	100

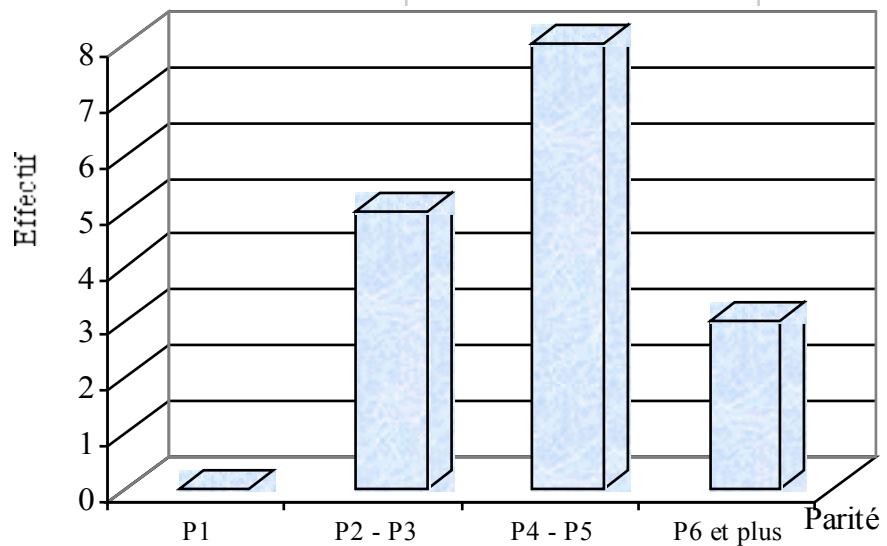


Figure 4: Répartition des parturientes selon la parité

4.1.5 Provenance

Tableau n°5: Répartition des parturientes selon la provenance

Provenance	Nombres de cas	Pourcentage (%)
Rurale	11	68,75
Urbaine	5	31,25
Total	16	100

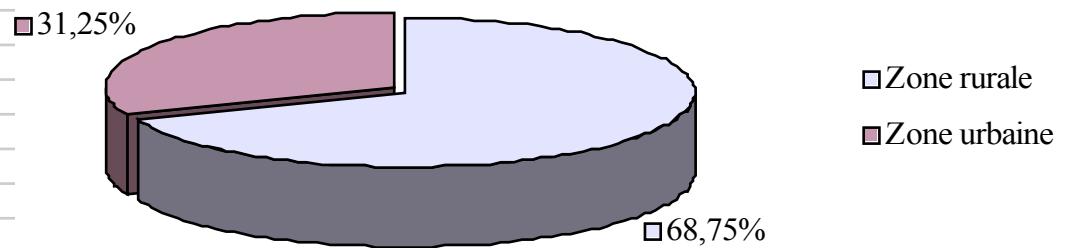


Figure 5: Répartition des parturientes selon la provenance

4.1.7 Profession

Tableau n°7: Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivatrice	7	43,75
Ménagère	5	31,25
Ouvrière	2	12,5
Commerçante	2	12,5
Total	16	100

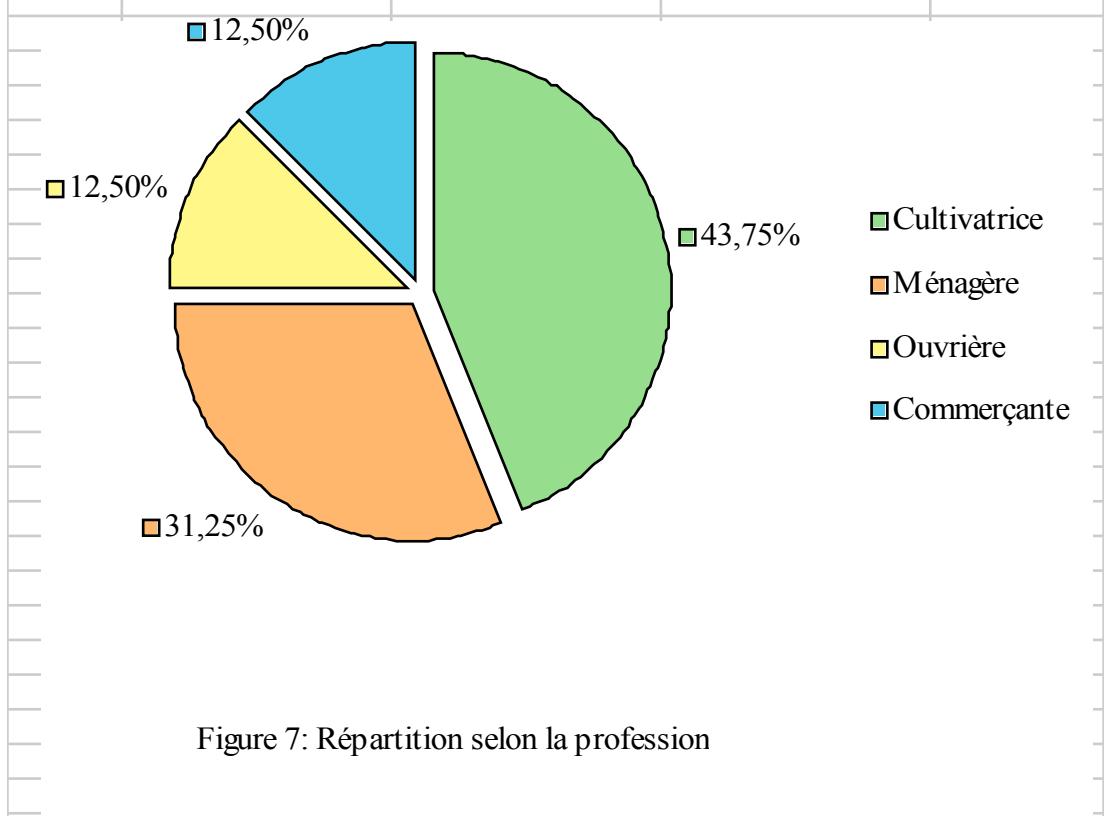


Figure 7: Répartition selon la profession

4.1.8 Mode d'admission

Tableau n°8: Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Entrante directe	6	37,5
Evacuée d'un centre de santé	7	43,75
Evacuée après tentative à domicile	3	18,75
TOTAL	16	100

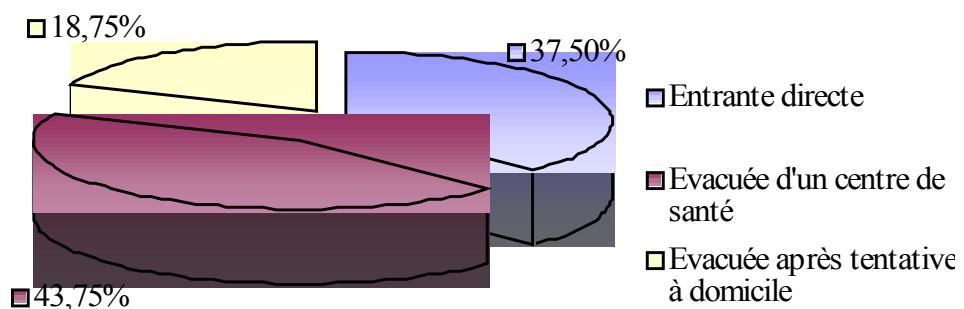


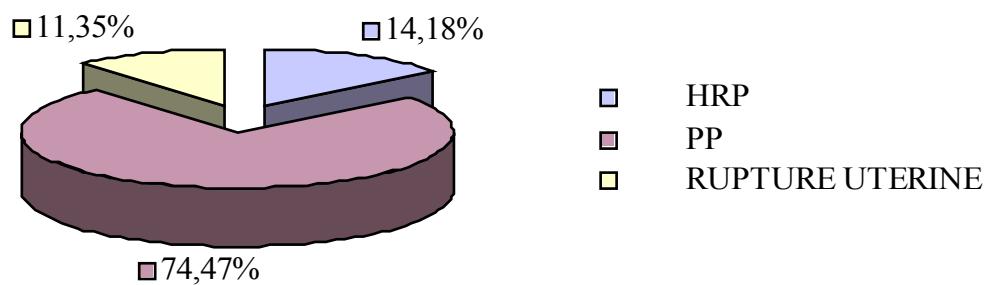
Figure 8: Répartition des parturientes selon le mode d'admission

4.2 ASPECTS CLINIQUES

4.2.1 Répartition des hémorragies du troisième trimestre

Tableau n° 9: Repartition des hémorragies du troisième trimestre

Etiologie de l'hémorragie du 3ème trimestre	Effectif	Pourcentage %
HRP	20	14,18%
PP	105	74,47%
RUPTURE UTERINE	16	11,35%
TOTAL	141	100%



Fogure 9: Représentation graphique des hémorragies du 3ème trimestre

4.2.2 Etiologies

Tableau n° 10: Répartition des ruptures utérines en fonction des circonstances étiologiques

Circonstance étiologique	Effectif	Fréquence
Disproportion foeto-pelvienne	2	12,5
Rupture spontanée sur utérus cicatriciel	2	12,5
Ocytocine	6	37,5
Présentation transversale	3	18,75
Manœuvre obstétricale	3	18,75
Total	16	100

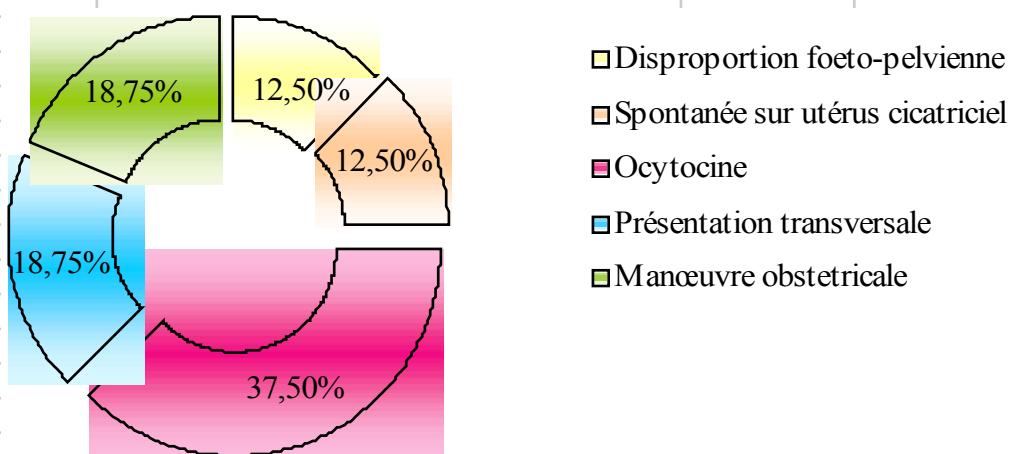


Figure 10: Circonstances étiologiques

4.2.3 Durée du travail

Tableau n° 11: Répartition des paturientes en fonction de la durée du travail

Durée du travail	Effectif	Pourcentage (%)
< 15 heures	4	25
16 - 24 heures	4	25
> 24 heures	8	50
Total	16	100

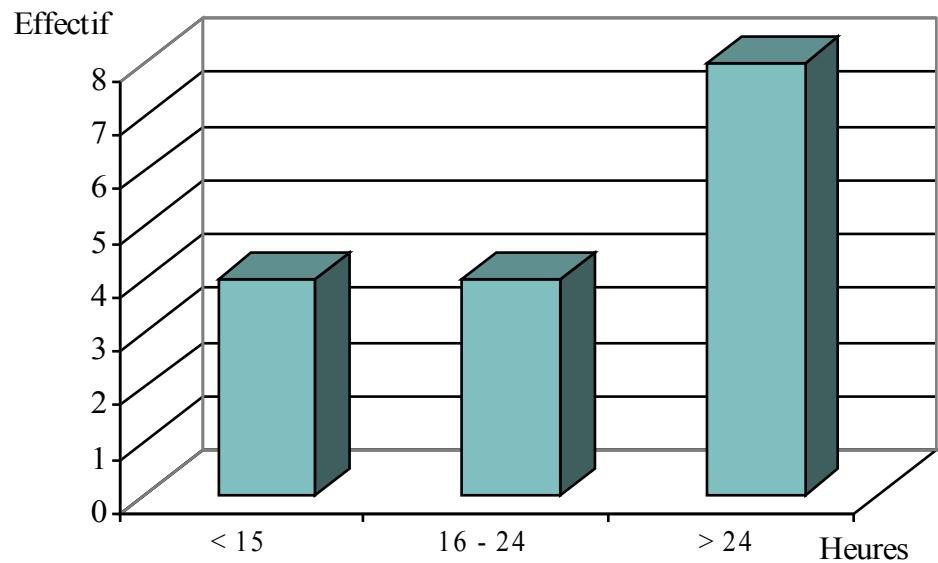


Figure 11: Durée du travail

4.3 ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES

4.3.1 Siège de la rupture

Tableau n°12: Répartition des parturientes selon le siège de la rupture

Siège	Effectif	Pourcentage (%)
Corps utérin	2	12,5
Segment inférieur	14	87,5
Total	16	100

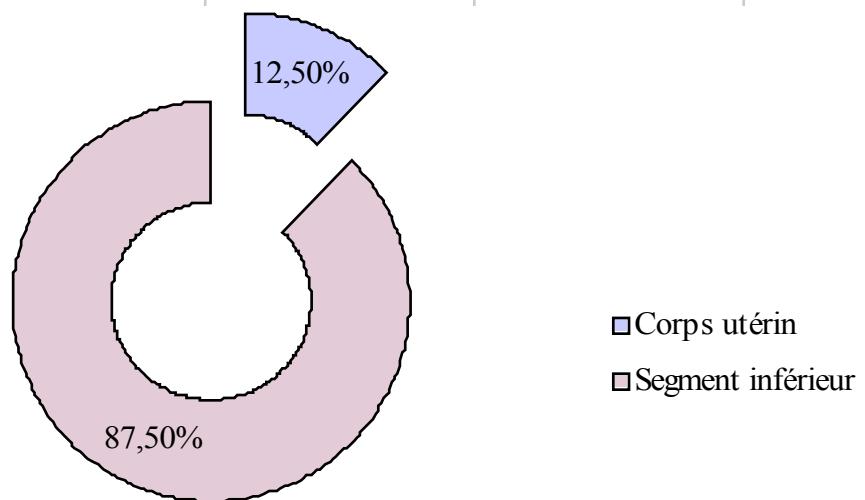


Figure 12: Répartition des parturinetes selon le siège de la
rupture

4.3.2 Etat de l'utérus

Tableau n°13: Fréquence de la rupture utérine en fonction de l'état de l'utérus

Etat de l'utérus	Effectif	Poucentage (%)
Cicatriciel	4	25
Sain	12	75
Total	16	100

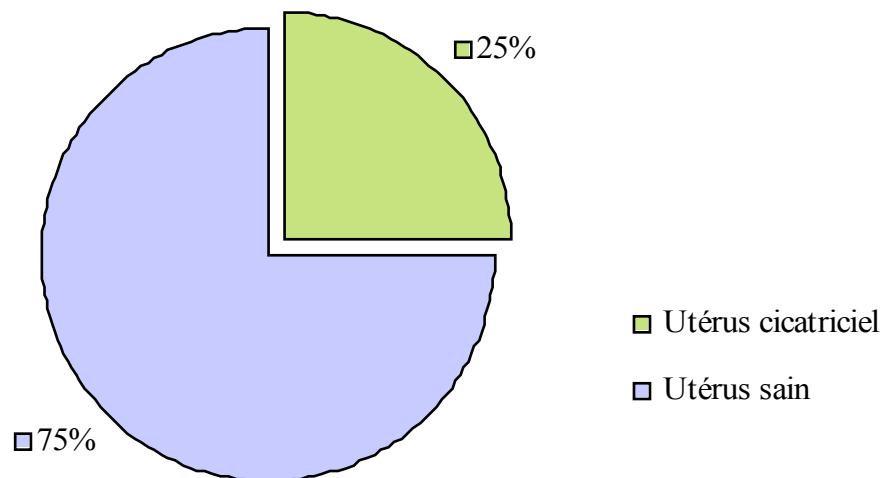


Figure 13: Fréquence des ruptures utérines en fonction de l'état de l'utérus

4.4 ASPECTS THERAPEUTIQUES ET SUITES OPERATOIRES

4.4.1 Type d'intervention et pronostic maternel

Tableau n°14: Répartition des cas de rupture utérine en fonction du type d'intervention et du pronostic maternel

Devenir de la mère	Hystérectomie subtotale	Hystérorraphie	Total
morte	2	3	5
vivante	5	6	11
Effectif	7	9	16
Fréquence	43,75%	56,25%	100%

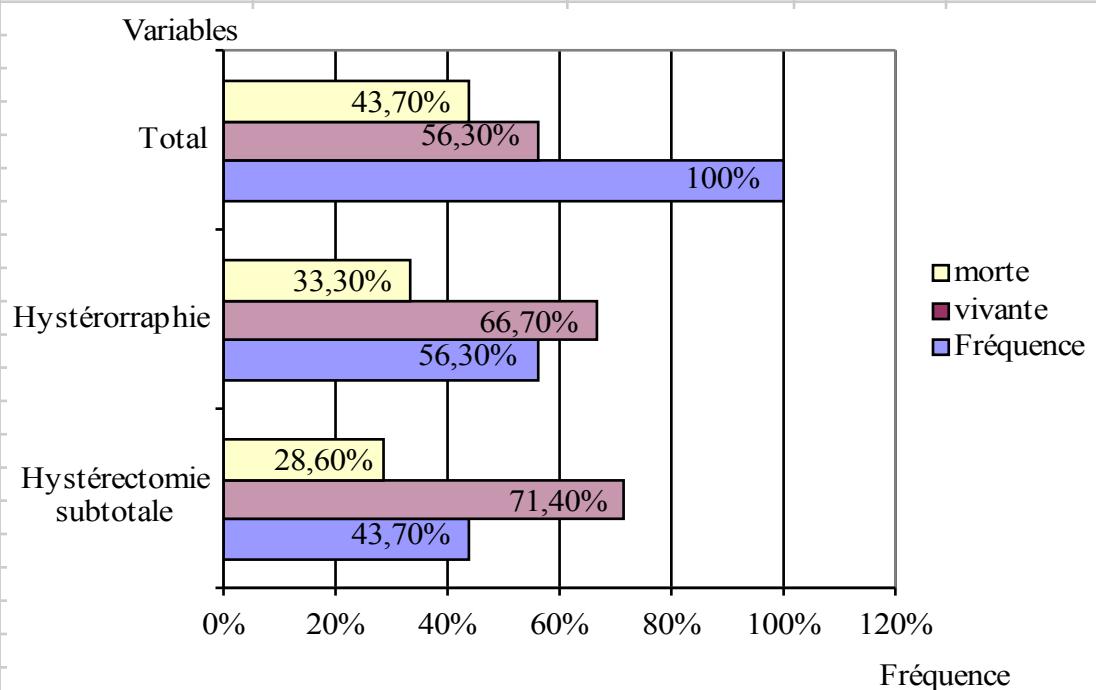


Figure 14: Type d'intervention et pronostic maternel

4.4.2 Devenir foetal

Tableau n°15: Répartition des cas de rupture utérine en fonction du pronostic foetal

Pronostic foetal	Effectif	Pourcentage (%)
Enfant vivant	3	17,65
Mort in utero	13	76,47
Décédé avant 5ème jour	1	5,88
Total **	17	100

NB: **Il y avait un accouchement gémellaire dont l'un des bébés a survécu.

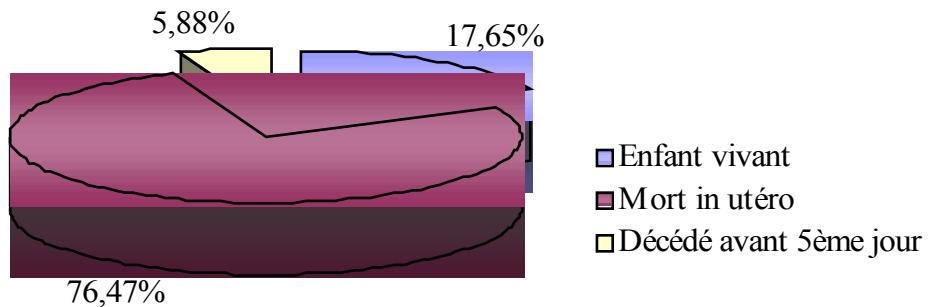


Figure 15: Devenir foetal

4.4.3 Durée d'hospitalisation

Tableau n°16: Répartition des parturientes en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage (%)
1 à 10 jours	7*	43,75
11 à 15 jours	7	43,75
16 jours et plus	2	12,5
Total	9	100

* NE : 05 d'entres elles sont décédées à j1 post opératoire

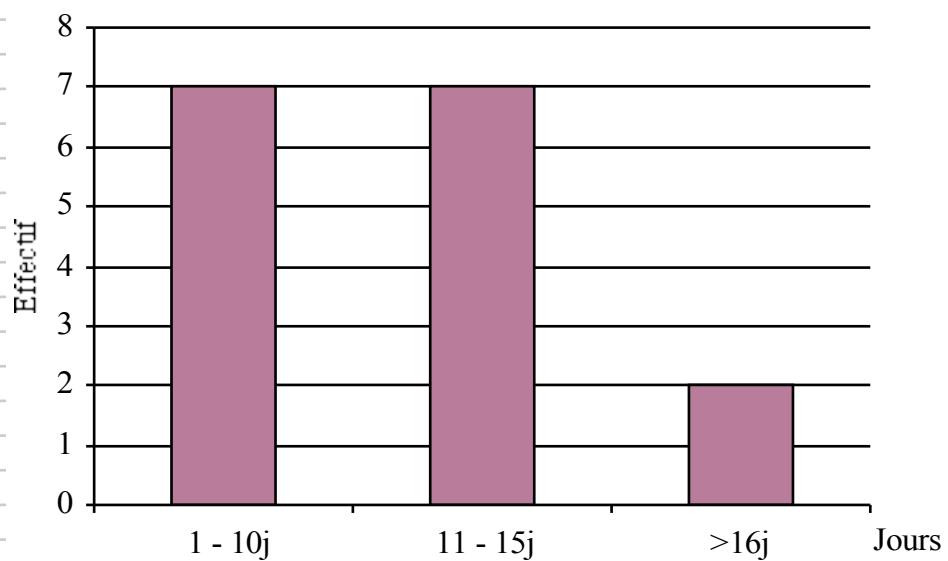


Figure 16: Durée d'hospitalisation

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES – DISCUSSIONS – SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1. LA FREQUENCE

Du 01 Janvier au 31 Décembre 2002, on a recensé 16 cas de rupture utérine parmi 5890 accouchements enregistrés, soit une fréquence de 0,27 %. En d'autres termes, une rupture utérine pour 368 accouchements.

Ce taux a connu une hausse en comparaison avec celui des trois dernières années qui était de l'ordre de 0,25 % soit une rupture utérine pour 388 accouchements. Ceci s'explique d'une part, par l'augmentation de la fréquentation hospitalière des parturientes. En effet, depuis l'année 2000, le nombre de femmes qui viennent accoucher à la Maternité de Befelatanana a connu en moyenne une hausse de 12,59 % par an. Ce qui est un bon indice de regain de confiance des gens vis-à-vis de nos services de santé.

En outre, cette hausse provient de l'augmentation des centres de santé de base, voire des centres de santé de district qui évacuent tous sur le centre de référence, cadre de cette étude ; dans des conditions très précaires.

L'enclavement de ces infrastructures sanitaires et le manque de moyens sont des facteurs étiologiques importants.

Cette fréquence est largement inférieure par rapport à certaines données africaines.

Dans l'ordre décroissant :

Niger : 4,04 % (30), Gabon : 1,4 %, Tunisie : 1,51 %, Mali avec 0,89 % (13), Sénégal : 0,66 %, Bénin : 0,44 % (31)

Tous ces pays ont en commun le manque d'infrastructure médicale en plus de l'enclavement et le manque de moyens financiers ; en d'autres termes les problèmes quotidiens des pays en voie de développement, étiquetés aussi sous médicalisés. Il n'est pas étonnant alors de dire que ce taux de 0,27 % retrouvé dans notre étude, est très élevé par rapport à celui des pays développés comme les Etats Unis d'Amérique avec un taux de 0,06 % (27), La chine avec un taux de 0,04 % (32), l'Allemagne avec un taux de 0,03 % (33).

En somme, le niveau socio-économique d'un pays en général joue un rôle important dans la genèse de la rupture utérine.

2. Age

La moyenne d'âge des parturientes est de 28 ans et 6 mois avec comme âges extrêmes : 21ans et 45 ans.

C'est la tranche d'âge de 21 à 30 ans qui paye un lourd tribut avec plus de la moitié des cas (62,5 %). Ce sont des femmes jeunes dans l'âge de la procréation. Ceci est lié à une grossesse précoce, en effet aucune de nos patientes n'est primipare, ce qui veut dire qu'elles ont eu au moins un accouchement à leurs comptes durant les deux années précédent la rupture utérine.

L'âge constitue ainsi l'une des facteurs étiologiques non négligeables en association dans la plupart des cas à une multiparité.

Dans la majorité des pays africains, y compris le nôtre, il est monnaie courante de marier les jeunes filles dès l'âge de 16 ans et même avant comme au Niger où la primigesté se situe aux alentours de 15 ans (31).

3. Parité

La multiparité est l'un des facteurs étiologiques majeurs retrouvé par plusieurs auteurs comme terrain de prédisposition à la rupture utérine (34)(35)(36)(37).

Dans notre étude, la moitié des cas de rupture utérine a été constatée chez les multipares, soit 8 cas de rupture utérine sur les 16 colligés.

Cette concordance est due à la notion traditionnelle de procréation encore ancrée à notre société en ce début du troisième millénaire, ainsi qu'au niveau d'éducation relativement bas, ce qui est le cas dans notre série car seul un quart de nos patientes a fait des études secondaires et plus. Ce dernier aspect se reflète dans la répartition des patientes en fonction de la profession par leur nombre minime à avoir une activité rémunératrice régulière soit 4 femmes sur les 16, représentant un taux de 25 %. Et enfin, mais non les moindres, les problèmes d'accès aux différentes formations sanitaires liés à l'éloignement et difficulté géographique d'une part, et à une désinformation de tout genre comme le manque de moyen logistique pour la sensibilisation de la population dans le domaine de la santé, les croyances traditionnelles, les us et coutumes...d'autre part rendent la situation encore plus précaire.

Tout ceci crée un obstacle majeur au rôle de la communication entre les agents sanitaires et la population, entraînant un manque de confiance de cette dernière vis-à-vis des progrès médicaux comme le planning familial (PF).

4. Provenance

Plus de deux tiers des parturientes sont originaires du milieu rural, soit 11 femmes sur 16 ou 68,75 % des parturientes.

On retrouve ce taux presque dans la plupart des pays africains. Il y en a même qui atteignent 98 % comme au Niger (31)(34).

Cette constatation s'explique surtout par l'enclavement de bon nombre de régions se trouvant à la périphérie de la capitale, voire dans tout Madagascar, et par le manque de formation et recyclage périodique des agents de santé qui s'y trouvent.

En effet, 07 parturientes sur 11 venant du milieu rural, soit 63,63 % ont été évacuées par des centres de santé de base et une par une sage femme. Ces ruptures utérines auraient pu être évitées si ces agents de santé avaient suivi à la lettre l'utilisation du partogramme en tenant compte des difficultés liées à l'évacuation telles l'enclavement du centre de santé, l'état de la route... Et s'ils avaient fait l'objet d'une formation continue en matière d'évacuation sanitaire. Cette dernière consisterait à dépister les dystocies nécessitant une évacuation, et à la rédaction d'une fiche de liaison en bonne et due forme car la plupart des patientes évacuées n'avait même pas de fiche de liaison et celles qui en avaient ne contenaient que des informations insuffisantes du point de vue médical. A cela s'ajoutent les problèmes de décentralisation de la prise en charge chirurgicale des dystocies obstétricales au niveau des districts.

En conséquence, les femmes porteuses d'une dystocie méconnue ne sont évacuées vers le centre de référence qu'au bout de plusieurs heures de travail inefficace et dans des conditions déplorables.

Du point de vue nutritionnel, c'est surtout en milieu rural qu'on rencontre une proportion assez élevée des gens hypotrophiques ou malnouris. Elle est due à un déséquilibre alimentaire non seulement en qualité mais aussi en quantité, et qui est liée à un niveau socio-économique assez bas.

D'après d'autres études, la malnutrition figure parmi les facteurs favorisants de la rupture utérine (38).

1.1.5 Consultation prénatale

Dans notre série, 62,5 % ont fait de la consultation prénatale, mais seule la moitié l'a fait régulièrement.

La cause est que beaucoup des femmes enceintes ignorent l'importance et l'intérêt de la consultation vis-à-vis d'elle-même et vis-à-vis de l'enfant qu'elle porte. Ce qui révèle des lacunes dans la sensibilisation :

- Soit au niveau de la méthode utilisée, c'est-à-dire que malgré la séance d'information, les gens n'arrivent pas à saisir le message ; c'est un problème lié à un niveau d'instruction moindre et à la compétence des animateurs et enfin aux us et coutumes de chaque région.
- Soit au niveau des moyens de travail qui ne permettent pas d'avoir une couverture de sensibilisation à l'échelle nationale.

1.1.6 Mode d'admission

Dans notre étude, 62,5 % de nos cas de rupture utérine sont des parturientes évacuées soit par des centres de santé représentant plus des deux tiers des cas, soit par des corps médicaux (médecins et paramédicaux) travaillant pour leurs propres comptes représentant le tiers restant.

Ceci prouve que la majorité des ruptures utérines se produisait en dehors du milieu hospitalier mettant en cause les personnels des centres de santé de base et de district sur leurs capacités à agir et à dépister les indications d'évacuation sanitaire. En effet, les parturientes évacuées ont été admises dans une situation de complication obstétricale avancée.

Le niveau socio-économique joue un rôle important dans la réalisation d'une bonne évacuation sanitaire et a une influence importante sur le choix du lieu d'accouchement. C'est pour cette raison que beaucoup de femmes optent pour un accouchement à domicile réputé moins cher que dans un centre de santé.

Cette constatation est commune dans presque toutes les études africaines antérieures (39).

1.2 ASPECTS CLINIQUES

1.2.1 Circonstances étiologiques

Dans notre série, 37,5 % des cas de rupture utérine sont attribués à un effet ocytocique. Toutes les parturientes ont reçu leurs perfusions d'ocytocine dans des centres de formations sanitaires sauf une qui a reçu les soins à domicile par une sage femme. On trouve une notion de prise de « TAMBAVY » chez le tiers d'entre elles. Et 18,75 % des cas de ruptures utérines, soit trois cas sont causés par des manœuvres obstétricales dont deux par VMI et un par forceps.

Cela dit, plus de la moitié des cas de rupture utérine, soit 56,25 % sont attribués à une cause iatrogène qui relève directement de la responsabilité des agents de santé. Bien sûr, il est évident que dans les pays en voie de développement comme le nôtre, le matériel médical pour la surveillance de la grossesse fait défaut, tel le monitoring cardiotocométrie, l'appareil à ultrason...Mais il y a aussi le non respect des indications des manœuvres obstétricales et de la perfusion d'ocytocine. Cette dernière et tous les produits utilisés lors de l'induction du travail ont été incriminés par de nombreux auteurs comme étant le responsable d'une hausse de la fréquence de la rupture utérine même dans les pays développés (40)(41)(42).

D'après les autres données africaines, la première cause des ruptures utérines est dominée par la rupture spontanée sur utérus cicatriciel lié à une grossesse précoce (vers l'âge de 15 ans) et à une indication d'opération césarienne souvent facilement indiquée antérieurement (13)(31)(35).

Il est à noter que nous n'avons recensé qu'un seul cas de rupture utérine évacué par une matrone et qui avait une présentation transversale. La cause semble avoir été le programme de décentralisation des soins de santé de base mise en route depuis quelques

années et aussi que notre étude a été menée dans un centre hospitalier de référence situé dans la capitale de Madagascar, bref dans une grande ville.

Mais qui dit matrone dit « TAMBAVY » alors que nous avons encore trouvé trois femmes qui ont pris une infusion à visée ocytocique dont deux ont été associés à la perfusion d'ocytocine à l'insu des agents de santé. C'est la preuve que même dans une grande ville, la communication en matière de santé n'a pas tellement d'emprise.

1.2.2 Durée du travail

De nombreux auteurs estiment la durée maximale du travail d'une parturiente à 15 heures (20)(43). Donc une durée supérieure à cette limite est la preuve d'une mauvaise surveillance de la femme en travail et un retard de la prise de décision qui pourrait être fatale non seulement pour la mère mais aussi pour le bébé.

Dans notre série, 50 % de nos patientes ont eu une durée de travail supérieure à 24 heures. Et seuls 25 % de l'ensemble, soit 4 parturientes sur 16 ont eu une durée de travail inférieure à 15 heures. Ce qui met en cause l'intégrité de tous notre système sanitaire.

1.2.3 Rupture utérine et hémorragie du troisième trimestre

Selon la littérature, la rupture utérine occupe la troisième place sur la cause d'hémorragie du troisième trimestre après l'hématome retro placentaire et le placenta prævia.

Cette notion reste valable pour nos cas mais seule la proportion change :

La rupture utérine représente 3 % de la cause de l'hémorragie du troisième trimestre dans les pays développés comme la France (11). De ce fait, la rupture utérine a presque disparu des annales des services d'obstétrique alors qu'elle est

une réalité quotidienne chez nous. En effet, ce taux est presque quatre fois moins élevé que celui retrouvé dans notre étude qui est de 11,35 %.

En somme, la rupture utérine nous apparaît comme un problème étroitement lié au niveau socio-économique de chaque pays.

1.3 ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES

1.3.1 Siège de la rupture

Parmi les 16 ruptures utérines, 14 cas soit 87,5 % intéressent le segment inférieur. Cette proportion est due à une prédisposition anatomique spécifique de cette partie de l'utérus et aux différents facteurs étiologiques prédominant dans les pays en voie de développement (disproportion foeto-maternelle, la VMI...) qui entraînent une hyper pression ou un arrêt de la progression fœtale à ce niveau.

Ce taux concorde avec les données des autres pays africains comme celles d'Ouagadougou (Burkina Faso) avec un taux de 71,2% (34), ou encore celles de Niamey (Niger) avec 88 % (31), et Sikasso (Mali) avec 61,9 % (13).

De même dans les pays développés tels les Etats-Unis d'Amérique et la France, on a une pourcentage avoisinant les valeurs suscitées, à une différence près : c'est que le siège de la rupture utérine est surtout conditionné par le type d'opération césarienne antérieure. La raison est que la rupture utérine sur utérus sain est exceptionnelle dans ces pays (6) (40).

1.3.2 Etat de l'utérus

Nous avons recensé 12 cas de ruptures sur utérus sain, soit 75 % de l'ensemble. En d'autre terme, seul un quart des cas de rupture utérine colligée sont retrouvés chez les femmes porteuses d'utérus cicatriciel. Cette donnée est retrouvée par certains auteurs dans leurs études antérieures menée à Bamako en 1988, à Ouagadougou en 1995 et enfin à Antananarivo, notre cadre d'étude actuel en 1998 et en 1999. La cause en est le

manque de surveillance du travail et voire de la grossesse surtout pour les parturientes à utérus intact car celles qui ont une notion de cicatrice utérine post partum sont dans la plupart des cas, pour ne pas dire automatiquement, orientées vers une opération césarienne itérative.

Et d'autres estiment la part des utérus cicatriciels entre un tiers et deux tiers dans l'ensemble des ruptures utérines (44)(45)(46). Ceci est vrai pour bon nombre de pays africain, là où, les opérations césariennes sont souvent facilement indiquées sous le nom d'opération césarienne prophylactique, comme au Niger et au Mali (13)(31).

Tout ceci est lié au manque de moyen adéquat pour une meilleure surveillance de l'évolution de la grossesse et du travail. Alors pour ne pas prendre de risque l'opération césarienne est proposée comme seule solution sans tenir compte de l'avenir obstétrical des patientes.

La prédominance de la part de l'utérus cicatriciel dans la rupture utérine est aussi constatée dans les grands pays comme les Etats Unis d'Amérique et la France , le Canada. Mais c'est le contexte étiologique qui est différent du fait que la rupture utérine sur utérus sain est exceptionnelle dans ces pays et même la rupture utérine est devenue un cas obstétrical rare (47)(48).

1.4 ASPECTS THERAPEUTIQUES ET SUITES OPERATOIRES

1.4.1 Mode opératoire et pronostic maternel

Le résultat de notre étude montre que l'hystérorraphie a été pratiquée dans 56,25 % des cas, soit 9 cas sur 16. Cette tendance conservatrice se rencontre chez plusieurs auteurs de pays africains, répondant plus à certaines exigences socioculturelles qu'à une indication thérapeutique. En effet dans cette partie du monde la notion de fécondité a une importance particulière vis-à-vis de la société.

La mortalité maternelle est plus élevée après hystérorraphie avec un taux de 60 % du nombre total de décès maternels après rupture utérine. Ceci est dû à l'infection et à l'hémorragie post-opératoire (34)(35)(37)(49). Il y a même certains auteurs qui disent avoir été obligés de faire une reprise pour hystérectomie totale après une constatation d'infection post-opératoire, afin de réduire l'infection et la mortalité maternelle (30).

Le taux d'hystérectomie constaté dans notre série n'est pas négligeable avec une valeur de 43,75 %. Alors qu'elle n'a été indiquée que dans les cas extrêmes tels que : rupture au-delà de la 6^{ème} heure, délabrement important de l'utérus et / ou atteinte des pédicules vasculaires... Ce qui accuse un retard du diagnostic et de prise de décision de la part de l'agent de santé.

Le pronostic maternel est marqué par un taux de mortalité assez important avec 31,25 %, soit 5 patientes sur 16.

La raison pouvait être le retard de la prise en charge des patientes après leurs admissions dans le centre de référence. En effet, les patientes ont été en majorité évacuées du milieu rural ; ayant déjà affronté difficilement le coût de l'évacuation , elles arrivent à l'hôpital sans moyen financier pour honorer l'ordonnance du kit opératoire. Et celles qui ont eu la chance d'être opérées sont également confrontées à une incapacité d'assurer les soins post opératoires. A cela s'ajoute la gravité de la lésion , d'où la proportion élevée des patientes décédées vers le premier jour post opératoire. C'est le cas dans notre étude car les cinq femmes mortes sont toutes décédées au premier jour post-opératoire. Et pour les 11 patientes restantes, seules deux sont rentrées chez elles guéries en moins de onze jours.

C'est donc un problème lié à la politique sanitaire des pays en voie de développement. Si dans les pays développés, le taux de mortalité après rupture utérine avoisine 0,1 % seulement ceci est dû au bon fonctionnement de leur politique sanitaire et à leurs stratégies qui limitent le délai de prise en charge

maximal d'une rupture utérine à 30 minutes voire 18 minutes pour certains hôpitaux, afin d'assurer un pronostic foeto-maternel favorable (6)(11)(26)(27).

1.4.2 Pronostic foetal

Le pronostic est dominé par un taux de mortalité variant de 72 à 100 % selon la littérature et retrouvé dans presque tous les pays en voie de développement avec un taux avoisinant 96 % (31)(36)(50)(51).

Dans notre série, la mortalité foetale a une valeur de 82,35 %, ce qui est compatible avec les données de la littérature.

Cette forte mortalité découle d'un manque de dépistage précoce des grossesses à risque et l'insuffisance voire l'absence de surveillance du travail liée au manque de matériel approprié à notre époque et à nos moyens . D'où un retard de diagnostic de la souffrance foetale et surtout de prise en charge dans la réanimation du nouveau né.

Une étude récente entreprise sur une période de dix ans aux Etats Unis d'Amérique montre que de janvier 1990 à juin 2000 ils n'ont recensé que 21 cas de ruptures utérines avec seulement trois fœtus décédés (48). Ceci est dû au bon fonctionnement de leur système sanitaire et surtout à l'avancée technologique, notamment le monitoring cardiotocographique qui permet de faire le diagnostic de rupture utérine au moment même où elle se produit (52).

2. SUGGESTIONS

La rupture utérine est une affection obstétricale grave générant un taux élevé de mortalité foeto-maternelle. Cette constatation n'est pas une fatalité et pourrait être évitée si les décideurs politiques, le personnel de santé et la communauté elle-même travaillent en partenariat pour réduire sinon éviter les risques de rupture utérine, à commencer par mettre l'accent sur la prévention par le biais de IEC.

2.1 Information, éducation, et communication (IEC)

Une campagne d'information et d'éducation de la population sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement et les pratiques traditionnelles néfastes nous apparaît impérative pour conscientiser les femmes en particulier et les inciter à fréquenter les centres de santé.

Cette campagne doit avoir la spécificité d'être propre à chaque région en tenant compte de son dialecte, de son mode de vie, de ses us et coutumes et enfin mais non le moindre, du niveau éducationnel de la population. Cela permet d'assurer une communication optimale et permettant ainsi de faciliter la réception du message que l'animateur voudrait faire passer aux gens.

Elle doit être axée, d'une part sur la santé de la reproduction afin que les gens comprennent ce que le mot procréation veut dire ainsi que les risques qui vont avec, et d'autre part sur l'intérêt et l'utilité de la consultation prénatale.

Elle doit être menée de telle façon que c'est l'information et l'éducation qui viennent vers les gens et non le contraire.

En somme, cette campagne a pour but principal de gagner la confiance des gens vis-à-vis de la médecine moderne en leur expliquant au passage l'effet néfaste de quelques-unes des pratiques traditionnelles sur les femmes notamment celles qui sont en travail, et aussi en les incitant à fréquenter les centres de santé de façon régulière pour leur bien et celui de leurs familles.

Pour que cette séance d'IEC soit menée d'une façon satisfaisante et efficace, il est essentiel de doter les animateurs et /ou personnels de santé de moyens logistiques appropriés et de rémunération motivante.

2.2 Amélioration du système de santé

Il faut faire une évaluation des besoins en terme de demande de soins obstétricaux essentiels au niveau de la communauté de chaque région par le biais des rapports mensuels, trimestriels... des centres sanitaires afin de dresser une politique de santé qui aura plus impact bénéfique vis-à-vis de la population-cible.

Il faut que toutes les entités concernées lors de la prise en charge de la rupture utérine (Gynécologue, Obstétricien, Réanimateur, Pédiatre...) se regroupent en association ou société dans le but de présenter une stratégie à mettre en œuvre pour atteindre une réduction significative de la mortalité et morbidité fœto-maternelle. Ceci en tenant compte de la faisabilité de l'action et de leur rapport coût – efficacité.

Une politique de décentralisation des soins chirurgicaux d'urgence au niveau des districts est nécessaire pour que les parturientes ne soient plus l'objet d'une évacuation sanitaire à cause d'une complication obstétricale requérant une intervention chirurgicale.

Il faudrait équiper les centres de formations sanitaires de matériel approprié à notre époque et aux besoins des patientes mais à un coût abordable pour tous, afin de dépister les dystocies et de mieux surveiller le travail, permettant ainsi d'agir dans les meilleurs délais et dans de bonne condition d'action.

Faire un programme d'appui logistique aux formations sanitaires rurales s'avère indispensable pour une meilleure prise en charge et pour faciliter l'évacuation sanitaire des femmes présentant une complication en cours de travail, mais en respectant les normes requises.

Généralisation de l'utilisation du partogramme dans toutes les salles d'accouchement, d'autant plus qu'il s'agit d'un excellent outil de supervision en direction des sages-femmes. Cet outil, dont l'intérêt dans la surveillance du travail et le dépistage des dystocies mécaniques n'est plus à démontrer.

Formation et recyclage périodique du personnel de santé sont utiles pour remettre à niveau les connaissances déjà acquises et pour éviter la routine dans l'exercice de ses fonctions. Cette formation et ce recyclage doivent être axés sur l'utilisation des partogrammes dans toutes les salles d'accouchement des centres de santé ; et sur les soins obstétricaux essentiels. Tout cela a pour finalité de réduire le retard de prise de décision et d'éradiquer les causes iatrogènes de la rupture utérine.

Améliorer la formation pratique des matrones représente un atout précieux dans le domaine de la sensibilisation et de la pratique médicale vu la couverture médicale encore insuffisante à l'échelle nationale et l'appréhension des gens vis à vis de la médecine moderne.

Rajeunissement du personnel de santé doit être un objectif à moyen terme avec formation pratique sur terrain avec les titulaires de poste sous forme d'échanges de connaissance mutuelle qui leur seront bénéfiques pour les uns comme pour les autres. Il faudrait en outre assurer une relève opérationnelle à tout moment et dans n'importe quelle condition par le biais d'un programme bien planifié et pensé.

La promotion de médicaments essentiels en particulier les antibiotiques nous semble une priorité absolue vu que notre pays est encore classé parmi les pays en voie de développement avec un niveau de vie assez bas limitant parfois l'accès aux soins de bases ou élémentaires.

Mise en place d'un kit opératoire d'urgence contenant les matériels médicaux et pharmaceutiques nécessaires pour la réalisation d'une opération en urgence dans de bonne condition. Ceci contribue ainsi à la réduction du temps de prise en charge, donc une prise en charge chirurgicale immédiate des patientes présentant une dystocie ou rupture utérine à l'admission.

Mise en place d'une participation financière des usagers ou des patientes permettant ainsi le renouvellement et la pérennisation des kits opératoires d'urgence. Or vu le niveau socio-économique relativement bas de chaque patiente, il nous est

opportun de proposer un système de facilité de payement des kits opératoires sur une période de plusieurs mois associé à la recherche de partenariat avec les organismes non gouvernementaux (ONG) nationaux ou internationaux dans l'achat des kits opératoires d'urgences sous forme de subvention financières.

Il conviendrait de promouvoir des cercles de qualité : c'est une auto-évaluation de tous les aspects concernant le fonctionnement du centre de santé par son propre personnel, permettant ainsi de trouver les solutions adaptées aux problèmes mis à jour. C'est aussi une analyse de tous les cas de patientes admises dans le centre en particulier les cas difficiles et les décédés ; afin d'élaborer un plan d'action ultérieur pour une durée trimestrielle ou semestrielle.

2.3 Amélioration des conditions socio-économiques et niveau éducatif

Réparation et création de nouveaux tracés routiers facilitant ainsi le déplacement des gens, que ce soit pour écouler leurs produits agricoles ou pour rejoindre les formations sanitaires dans un bref délai lors d'une évacuation ou même pour une simple consultation.

Lutte contre l'analphabétisme surtout pour la gent féminine, permettant ainsi une meilleure compréhension et réception des messages de sensibilisation en matière de santé, et aussi une meilleure considération de la femme.

Mise en place d'une politique économique efficace permettant une amélioration du niveau de vie de la population afin que les gens pensent un peu moins à l'argent et un peu plus à leur santé. Des directives générales claires à partir des suggestions de la base, devraient être concrétisées dans leurs application par les communautés concernées.

CONCLUSION

La rupture utérine est une urgence chirurgicale aux conséquences souvent désastreuses autant pour la mère que pour l'enfant. Elle occupe la troisième place dans la genèse des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse dans notre pays. Sa fréquence est de 0,27 % des accouchements dans notre étude, ce taux est largement au dessus du seuil tolérable à notre époque où les progrès technologiques se font à une vitesse inimaginable depuis dix ans. Hélas, chez nous, en matière de santé, le temps s'est arrêté depuis une décennie.

Notre étude rétrospective à la Maternité de Befelatanana durant l'année 2002 sur la rupture utérine le prouve bien par les quelques aspects épidémio-cliniques.

Outre sa fréquence jugée trop élevée, elle touche surtout des femmes jeunes de 21 à 30 ans dans l'âge de la procréation à prédominance rurale. Plus de la moitié des parturientes est originaire du milieu rural et a été évacuée dans des conditions très précaires en plus d'une prise de décision assez tardive ; mettant ainsi en jeu le pronostic foeto-maternel. En effet, la mortalité foetale a été la plus élevée avec 82,35 %, comparée à celle de la mère avec 31,25 % mais qui n'est cependant pas négligeable.

Seules 31,25 % des parturientes ont fait une consultation prénatale régulière, y compris les multipares qui ont payé un lourd tribut parmi les victimes. Cela pouvait provenir d'une défaillance de la sensibilisation de la population en la matière.

56,25 % des ruptures utérines étudiées ont été d'origine iatrogène, mettant ainsi en cause la capacité du personnel de santé.

L'attitude thérapeutique adoptée a été conservatrice dans la mesure du possible.

Devant cette situation catastrophique face aux ruptures utérines, nous pensons qu'il faudra réviser la méthode de sensibilisation de la communauté en information – éducation – communication (IEC) ainsi que le politique sanitaire et d'essayer de rehausser les conditions socio-économiques, culturelles et éducative.

Au terme de notre étude, il a été démontré que toutes les entités concernées par ce problème doivent travailler en partenariat afin de trouver une stratégie à mettre en œuvre pour éradiquer ou atténuer cette tragédie , en tenant compte des contraintes socio-économiques du pays.

Nul n'ignore que la santé maternelle et infantile constitue un bon reflet du niveau de développement d'un pays. Nous espérons que les responsables sanitaires et la communauté elle-même renforcent les acquis, quitte à bouleverser certaines habitudes afin d'améliorer l'état de santé de la mère et de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **POIRIER A, SPENCER L.** Les Obstétriciens et Gynécologues Canadiens font appel au premier Ministre pour des initiatives de Maternité sans risque en Afrique. <http://www.sogs.org>, 2002
- 2- **OKONGO D, EKOUNDZOLA JR.** Les ruptures utérines en milieu Africain. *J. Obstet. Biol. Reprod.* 1994 ; 23 : 922 - 925
- 3- **CHAVENAC J.** Encyclopédie médicale. <http://www.vulgaris.med>, 2001
- 4- Hachette multimédia / Encyclopédie Hachette. L'utérus. <http://www.Encyclopedia.yahoo.fr>, 2001
- 5- **KAMINA P.** Utérus gravide. <http://www.gfmer.ch>, 2002
- 6- **COLETTE C, CATHERINE G , MAILLET R , SCHAAL J P.** La rupture utérine. <http://www.syngof.fr> , 1998
- 7- **RAKOTOMALALA.** Grossesse après rupture utérine à propos d'un cas au service de G.O.R.H de l'HJRA. Thèse Médecine. Antananarivo, 1989 ; N°1638
- 8- **PIERRE B, ROBERT C.** Plaie et rupture de l'utérus. *Traité de chirurgie d'urgence*, 1936 ; 9 : 422 - 429
- 9- **DEWERT.** Contribution à l'étude des ruptures de l'utérus de parturientes à propos de 22 observations. Thèse Médecine. Lille, 1969 : 128
- 10- **RALAMBOSON B.** Rupture utérine : étude épidémio-clinique au CHR de Tamatave en 2000. Thèse Médecine. Antananarivo, 2001 ; N°5893

- 11- **Dr LANGER.** Faculté de Médecine ULP F67000 Strasbourg: Hémorragies du troisième trimestre de la grossesse. <http://www.alsace.u.strasbg.fr> , 2002 ; 17
- 12- **CRANE J , DAVID C J , RUTLEDGE T F , CDC** (centers for disease control and prevention). Use of Hospital Discharge Data to Monitor Uterine Rupture Massachusetts, 1990–1997.<http://www.cdc.gov>, 2000 ; 49 ; 12
- 13- **QI LI YA , CHEN YU , DOLO A.** La rupture utérine à l'hôpital régional de Sikasso à propos de 126 cas. <http://www.santetropicale>, 2000 ;47 ; 2
- 14- **MANSORIA E L.** Rupture utérine : à propos de 50 cas. Rev. Fr. Gyn ,1995 ; 90 : 208 - 213
- 15- **RANDRIAMANAMPY H V.**Evolution des cas de rupture utérine à la Maternité de HJRA de 1993 – 1995. Thèse Médecine Antananarivo, 1996 ; N°4146
- 16- **RAKOTOMALALA J P.** La rupture utérine. Nouvelle de l'ordre national des sages-femmes de Madagascar, 1997 ;2 : 9 - 10
- 17- **RAZAKAMANANA Z S.** Contribution à l'étude de la rupture utérine à propos de 7 cas survenus à la Maternité de HJRA. Thèse Médecine. Antananarivo, 1993 ; N°3126
- 18- **VOLOLONIAINA R E.** Etude clinique et épidémiologique des ruptures utérines au CHD d'Antsirabe. Thèse Médecine. Antananarivo, 2000 ; N°5383
- 19- **TETE K V S** et coll. Rupture utérine au CHU de Tokoin Lomé à propos de 56 cas colligés de janvier 1987 à décembre 1994.Rev. Fr. Gyn. Obstét ,1996; 91 ; 12 : 606 – 610

- 20- **HOVOVITZ J.** formes cliniques des ruptures utérines.<http://www.Carrefournaissance.fr> , 2000
- 21- **KHABOUZE S**, et coll. Rupture utérine à propos de 292 cas. Rev. Fr. Gyn. Obstét, 1994 ; 94 ; 5 : 399 - 404
- 22- **KAPISY S F.** Manifestation clinique et biologique des TAMBAVY chez les parturientes présentant une dystocie. Annale de l'Université de Madagascar , 1977 : 22 – 23 , 78 - 84
- 23- **THOULON J M, PUECH F, BOOG G.** Obstétrique. Ellipses ,1995 : 272 – 280 , 732
- 24- **GOMIS E.** La sage-femme et la PF. Afrique Médicale, 1991 : 292
- 25- **MIZA J.** Syndrome de BANDL – FROMMEL ou Pré-rupture utérine : étude épidemio-clinique à propos de 23 cas observés au CHU Maternité Befelatanana durant l’année 1998. Thèse Médecine. Antananarivo, 2001 ; N°5984
- 26- **NICETTE J.** Que diriez vous des ruptures utérines de cicatrices ?.<http://www.vbac>, 2002
- 27- **XENITOS P, ROELANT F.** Les urgences obstétricales.<http://www.md.ulc.ac.be.doc>, 1999 ; 18
- 28- **TRAOREY.** La rupture utérine dans le service de gynéco-obstétrique à l’hôpital National du point G. Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesure prophylactique. Thèse Médecine. Bamako Mali, 1996 ; 27
- 29- **MATHAI M, SARSHAD S, GUIDOTTI R J** , Département of Reproductive Health and Research (R.H.R) , World Health Organization. Prise en charge des

- 30- complications de la grossesse et de l' accouchement – Guide destiné à la sage-femme et au médecin.<http://www.who.int> , 2000
- 31- **GAN BAI LIU.** Opération de la rupture utérine à la Maternité du centre Hospitalier Départemental de MARADI (NIGER). Médecine d'Afrique Noire.<http://www.santetropicale.com> , 1999 ; 46 ; 11
- 32- **DIALLO F B**, et coll. La rupture utérine à la Maternité Centrale de Référence de NIAMEY (NIGER). Médecine d'Afrique Noire. <http://www.santetropical.com> , 1998 ; 45 ; 5
- 33- **RAMUNE** . Atypical of rupture uterine. Ugeskr læger. <http://www.dadlnet.dk> , 2002
- 34- **LI MIN.** Diagnostic et traitement de la rupture utérine. Magazine des gynécologues chercheurs Chinois, 1993 ;27 :273
- 35- **LANKOANDE J, OUEDRAOGO CH, TOURE B, OUEDRAOGO A, KONE B.** Les ruptures utérines obstétricales à la Maternité du centre Hospitalier National d'OUAGADOUGOU. A propos de 80 cas colligés en une année d'activité obstétricale. Médecine d'Afrique Noire. <http://www.santetropical.com> , 1998 ; 45
- 36- **DOLO A, KEITA B, DIABATE F S , MAIGA B.** Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas à l'Hôpital National du point « G » BAMAKO. Médecine d'Afrique Noire. <http://www.santetropical.com>, 1991 ; 38 ; 2
- 37- **DIOUF A , GAYE A , DIALLO D, MORCIRA P, DIADHIOU F.** Les ruptures utérines au cours du travail en Afrique Noire. Expérience d'une maternité de référence à Dakar. Médecine d'Afrique Noire,1995 ; 42 : 592

- 38- **PICAUD A, NLONE, NZE A R, OGOWET N, MOUELY G.** Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observés au Centre Hospitalier de Libreville. Rev. Gynéco-obstet, 1989 ; 84 : 411.
- 39- **RASOLOFOMANANA RANJALAHY J** et coll. Rupture utérine au cours du travail : à propos de 52 cas à la Maternité Befelatanana. J – Med. Ther. <http://www.refer.mg>, 2000 : 33
- 40- **CISSE C T, FAYE E L, DUJARDIN B, DIADHIOU F.** Epidémiologie et qualité de la couverture Obstétrico-Chirurgicale au SENEGAL. <http://www.insed.sn>, 1996
- 41- **RENEHART H.** Une amorce de VBAC : issues techniques pour des sages femmes. Midwifery. <http://www.midwiferytoday.com> , 2001
- 42- **GASKIN I M.** Cytotec : Expérience ou panacée dangereuse. Midwifery. <http://www.midwiferytoday.com> , 2000
- 43- **LINDA C.** Risque de rupture utérine pendant le travail plus haut pour les femmes avec une livraison césarienne antérieure. Communication de l'instituts National de santé. <http://www.nih.gov> , 2001
- 44- **RANJALAHY RASOLOFOMANANA J**, et coll. Protocoles / Guides de prise en charge pour une Maternité sans risque à l'usage des Centres de Santés de Base et des Hôpitaux de District. Min San,1999 ; 24 : 102 - 103
- 45- **KEITA, DIALLO M S, JAZY Y, BARR M D, TOURE.** Rupture utérine à propos de 155 cas. J. Gyn-obst. Biol. Repr, 1989 ; 1 : 1041 - 1047
- 46- **SAINT H P, GAUCHERAND P, BAGOU G, RUDIODOZ R C.** Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl. Méd. Chir , Paris. Obstetrique., 1992 ; S. 030. A. 20: 16

- 47- **CHAZOTTE C, COHEN W R.** Catastrophic complications of previous cesarean section. Am. J. Obstet. Gyneco., 1990 ; 163 : 738 - 742
- 48- **BASKETT T F, KIESER K E.** Université de Dalhousie, Halifax, La nouvelle Ecosse Canada. Une étude basée sur la population de dix ans de la rupture utérine. Publ. Med. Obstet. Gyn. <http://www.ican-online.org> , 2001
- 49- **SUMACD D, JACOBI E J, SERYAKOV M, MANN W J.** Uterine rupture and dehiscence : ten years review and case control study. Southern Medical Journal. <http://www.sma.org> , 2002
- 50- **ZINE S, ABED A, SFAR E, MOUEIHI T , CHELLI H.** Les rupture utérines au cours du travail à propos de 106 cas observés au Centre de Maternité de Tunis (Tunisie). Rev. Fr. de Gyne. Obstet, 1995 ; 90, 3 : 125 , 166 – 173, 192
- 51- **AKPADZA K T, HODONOU A.** Les ruptures utérines au cours du travail au Centre Hospitalier Régional de Sokodé. Médecine d'Afrique Noire, 1994 ; 41 ; 11 :604 - 607
- 52- **BANBARA A L, DAO B, KOALAGA P, BAZIE A J, YARO S, YARA J P.** Les ruptures utérines à propos de 37 cas observés à la Maternité du CHN Sanou Souro de Bobo – Dioulaso. In cinquièmes journées des sciences de la santé de Bobo – dioulaso du 10 au 13 avril, 1996
- 53- **MENIHAN C.** L'effet de la rupture utérine sur les modèles fœtaux de fréquence cardiaque. Obstétrique de l'infirmière de J. <http://www.homebirth.org.uk> , 1999

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HYPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaha-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le président de thèse

Signé : Professeur RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO Henriette

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine

D'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Name : ANDRIAMBELO

First name : Benja Heriniaina

Title of thesis : « UTERINE RUPTURE : EPIDEMIOLOGIC STUDY
IN BEFELATANANA MATERNITY
IN 2002 »

Classification : Public Health

Number of pages : 54

Number of figures : 16

Number of tables : 16

Number of références : 52

SUMMARY

Uterine rupture is classed among the most redoutable obstetrical disease complaint which happened in African countries like ours. This retrospective study in Befelatanana maternity in 2002 shows 16 cases of uterine rupture among 5890 accouchements, that means 0,27 %.

62,5 % of the case is constituted by young of 21 to 30 years old. Which 50 % are multiparous. More than half of the patients is from rural milieu (62,5 %). And only 31,25 % of parturients had followed regularly prenatal consulting. Fœtal pronosis is calamitous with 82,35 % of mortality rate. Five maternals deases are deplored, free of them after Hysterorraphie.

The reduction of the uterine rupture rate leans on the conjugation of the efforts supplied by government, health staff and the community in order to improve the state of health and the well- being of women.

Key-words : uterine rupture – multiparous – young people – rural milieu –prenatal consulting – maternal and fœtal mortality.

Director of thesis : Pr RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO Henriette

Thesis reporter : Dr FENO Etienne Henri

The candidate's address : Lot A 45 Faravohitra - 101 – Antananarivo.

Nom : ANDRIAMBELO

Prénom : Benja Heriniaina

Titre de la thèse : « RUPTURE UTERINE : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE
A LA MATERNITE DE BEFELATANANA
EN 2002 »

Rubrique : Santé Publique

Nombre de pages : 54

Nombre de figures : 16

Nombre de tableaux : 16

Nombre de références : 52

RESUME

La rupture utérine est classée parmi les affections obstétricales les plus redoutables qui sévissent encore dans les pays africains comme le nôtre. Notre étude rétrospective à la Maternité de Befelatanana durant l'année 2002 nous révèle 16 cas de ruptures utérines sur 5890 accouchements soit une fréquence de 0,27 %.

Elle touche surtout une population jeune de 21 à 30 ans avec un taux de 62,5 %. Bien sûr ce sont les multipares qui payent un lourd tribut avec une proportion de 50 %. Plus de la moitié des cas soit 62,5 % des ruptures utérines sont des évacuées c'est-à-dire originaires du milieu rural. Et seules 31,25 % des parturientes ont fait une consultation prénatale régulière. Le pronostic fœtal est désastreux avec 82,35 % de taux de mortalité. On déplore 05 décès maternels dont 03 après hystérorraphie.

La réduction du taux de la rupture utérine s'appuie sur la conjugaison des efforts fournis par le pouvoir central, le personnel de santé et la communauté elle-même. Afin d'améliorer l'état de santé et bien être de la femme.

Mots clés : rupture utérine – multipares – population jeune – évacuée – consultation pré-natale – mortalité fœtale-maternelle.

Directeur de thèse : Pr RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO Henriette

Rapporteur de thèse : Dr FENO Etienne Henri

Adresse de l'auteur : Lot A 45 Faravohitra - 101 – Antananarivo.